

Симультанное лечение паховой грыжи при выполнении робот-ассистированной простатэктомии

© А.М. БЕЛОУСОВ, О.С. ВАСНЕВ, М.Б. ЗИНГЕРЕНКО, К.А. ПАВЛЕНКО, М.А. ГАЗАРЯН

ГБУЗ города Москвы «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Оценка результатов симультанного лечения паховой грыжи при робот-ассистированной простатэктомии.

Материал и методы. У 35 пациентов с диагнозом «рак предстательной железы» выявлены паховые грыжи. В данной группе пациентов выполнено симультанное оперативное лечение в объеме робот-ассистированной простатэктомии и роботической трансабдоминальной преперитонеальной пластики передней брюшной стенки.

Результаты. Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде выявлено не было.

Заключение. Симультанное выполнение робот-ассистированной простатэктомии и роботической трансабдоминальной преперитонеальной пластики передней брюшной стенки представляется целесообразным, эффективным и безопасным.

Ключевые слова: роботические вмешательства, паховая грыжа, рак предстательной железы (простаты), TAPP.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Белусов А.М. — <https://orcid.org/0000-0002-2274-8170>; e-mail: a.belousov@mknc.ru*

Васнев О.С. — <https://orcid.org/0000-0001-9116-9693>

Зингеренко М.Б. — <https://orcid.org/0000-0002-1322-9862>

Павленко К.А. — <https://orcid.org/0000-0002-8145-8843>

Газарян М.А. — <https://orcid.org/0000-0002-3338-9935>

* — автор, ответственный за переписку

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Белусов А.М., Васнев О.С., Зингеренко М.Б., Павленко К.А., Газарян М.А. Симультанное лечение паховой грыжи при выполнении робот-ассистированной простатэктомии. *Эндоскопическая хирургия*. 2020;26(4):28–32.

<https://doi.org/10.17116/endoskop20202604128>

Simultaneous treatment of inguinal hernia during a robot-assisted prostatectomy

© А.М. БЕЛОУСОВ, О.С. ВАСНЕВ, М.Б. ЗИНГЕРЕНКО, К.А. ПАВЛЕНКО, М.А. ГАЗАРЯН

Loginov Moscow Clinical Scientific Center of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

Abstract

Objective. Evaluation of the results of simultaneous treatment of inguinal hernia in robot-assisted prostatectomy.

Material and methods. 35 patients with prostate cancer were diagnosed with inguinal hernias. In this group of patients, simultaneous surgical treatment was performed in the amount of robot-assisted prostatectomy and robotic transabdominal preperitoneal plastic surgery of the anterior abdominal wall.

Results. There were no complications in the early and long-term postoperative period.

Conclusion. The simultaneous execution of robot-assisted prostatectomy and robotic transabdominal preperitoneal plastic surgery of the anterior abdominal wall seems appropriate, effective and safe.

Keywords: robotic interventions, inguinal hernia, cancer of the prostate gland (prostate), TAPP.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Belousov A.M. — <https://orcid.org/0000-0002-2274-8170>; e-mail: a.belousov@mknc.ru*

Vasnev O.S. — <https://orcid.org/0000-0001-9116-9693>

Zingerenko M.B. — <https://orcid.org/0000-0002-1322-9862>

Pavlenko K.A. — <https://orcid.org/0000-0002-8145-8843>

Gazaryan M.A. — <https://orcid.org/0000-0002-3338-9935>

* — corresponding author

TO CITE THIS ARTICLE:

Belousov AM, Vasnev OS, Zingerenko MB, Pavlenko KA, Gazaryan MA. Simultaneous treatment of inguinal hernia during a robot-assisted prostatectomy. *Endoscopic Surgery = Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2020;26(4):28–32. (In Russ.)

<https://doi.org/10.17116/endoskop20202604128>

Введение

Паховая грыжа — одно из самых распространенных хирургических заболеваний. Оно встречается в возрасте от 55 до 75 лет, причем у мужчин чаще, чем у женщин (8:1). Ежегодно в мире выполняется более 10 млн паховых герниопластик [1].

Общеизвестными факторами риска развития грыжи передней брюшной стенки являются возраст, мужской пол, курение, герниологические и иные абдоминальные операции в анамнезе: семейный анамнез и заболевания простаты, сопровождающиеся ишурией.

Рак простаты (РП), как и паховая грыжа, чаще всего развивается у пожилых пациентов. По данным F. Fukuta и соавт. [2], при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза у 20—32% пациентов с РП диагностируются паховые грыжи. По мнению M. Nielsen и соавт. [3], в $\frac{1}{3}$ случаев паховая грыжа является интраоперационной находкой при выполнении радикальной простатэктомии (РПЭ).

T. Regan и соавт. [4] были первыми, кто описал значительное увеличение частоты развития паховых грыж у пациентов с РПЭ в анамнезе. M. Nilson и соавт. и P. Lin и соавт. показали в своих исследованиях, что риск развития паховой грыжи повышается после выполнения РПЭ в 4 раза [5]. K. Ichioka и соавт. утверждают, что каждому пятому пациенту выполняют грыжесечение и пластику передней брюшной стенки по поводу паховой грыжи в первые 6 мес после РПЭ [6]. Это подтверждается исследованиями, в которых проводилось сравнение частоты развития паховой грыжи у пациентов после РПЭ и после консервативной терапии — 13,6% и 3,1% соответственно [7]. Учитывая эти данные, развитие паховой грыжи после РПЭ можно отнести к отдаленным осложнениям [7].

К факторам риска образования грыжи у пациентов после РПЭ относятся грыжесечение в анамнезе, раневые осложнения в послеоперационном периоде, низкий индекс массы тела (ИМТ), пожилой возраст, курение.

В исследованиях D. Finley и соавт. [8, 9] показано, что у 30% пациентов, которым была выполнена преперитонеальная пластика по поводу паховой грыжи во время РПЭ, в анамнезе имелись операции по поводу грыж передней брюшной стенки различной локализации. Пациенты с такими осложнениями, как гематома, серома и нагноение послеоперационной раны, относятся к высокой группе риска развития грыжи передней брюшной стенки (ПБС) [10]. Очевидно, что нижнесрединная лапаротомия увеличивает риск появления грыжи [1].

По мнению K. Ichioka и соавт. [6], S. Zhu и соавт. [11], ИМТ ниже 23 кг/м² предрасполагает к грыжеобразованию после РПЭ. Однако механизм влияния ИМТ на данный процесс остается неясным.

Несмотря на то что курение снижает оксигенацию тканей и ослабляет продукцию коллагена, роль

курения в развитии грыжи у пациентов после РПЭ как самостоятельного и ведущего фактора риска не доказана [8—10].

Случайное выявление паховых грыж при операциях по поводу другого заболевания встречается часто. Так, по данным D. Watson и соавт. [10], среди 100 пациентов, которым была выполнена диагностическая лапароскопия, у 13 выявлена ранее клинически не диагностированная паховая грыжа.

D. Finley и соавт. [8] обнаружили, что только у 42 из 80 пациентов, которым выполнялась симультанная РПЭ и трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРП), паховая грыжа была выявлена при физическом исследовании до операции. У остальных грыжа выявлена интраоперационно. H. Lerog и D. Robbins [12] утверждают, что высокая частота развития паховых грыж после РПЭ является следствием недостаточной диагностики данной нозологии в дооперационном периоде.

Предоперационный осмотр и компьютерная томография органов брюшной полости позволяют выявить паховую грыжу у пациентов, которым планируется РПЭ, с чувствительностью 42,5% и 96,3% соответственно [12].

D. McDonald и C. Huggins в 1949 г. первыми выполнили симультанную операцию через два разреза в объеме простатэктомии и грыжесечения. В 1989 г. P. Schlegel и P. Walsh [13] сообщили об одномоментном грыжесечении и операции на мочевом пузыре и простате. К настоящему времени опубликовано большое количество исследований, цель которых — анализ безопасности, надежности и эффективности симультанной простатэктомии и пластики ПБС по поводу паховой грыжи, выполняемых лапаротомным или лапароскопическим доступом [14, 15].

С появлением в арсенале урологов и хирургов роботической системы da Vinci все большее количество простатэктомий выполняется с ее помощью. Одними из первых, кто доложил о симультанной робот-ассистированной РПЭ (РАПЭ) и пластики ПБС, были D. Finley и соавт. в 2002 г. [8].

Основным аргументом против симультанного выполнения РАПЭ и пластики ПБС может быть риск инфицирования сетчатого имплантата. Если рассматривать лапароскопическую ТАРП отдельно, то риск инфицирования сетчатого эндопротеза при данной операции крайне низок, что демонстрирует анализ 2500 операций [16]. Кроме того, в метаанализе, проведенном C. Schmedt и соавт. [17], в который вошли 8 рандомизированных исследований, показаны низкая частота инфицирования послеоперационной раны и отсутствие статистически значимых различий в показаниях к удалению сетки в случае инфицирования в группах открытой и лапароскопической герниопластики. Нельзя не отметить, что принятие решения об удалении сетки в случае развития инфекции напрямую зависит от типа используемой сетки.

Известно, что риск инфицирования сетчатого эндопротеза возрастает в случае возникновения несостоятельности уретроцистоанастомоза. Однако в ряде исследований, посвященных анализу результатов симультанного выполнения пластики ПБС и РПЭ, случаев инфицирования сетки не выявлено [18, 19].

В одном из самых крупных исследований, проведенных D. Finley и соавт. [9], посвященных анализу результатов симультанного выполнения РАПЭ и преперитонеальной пластики ПБС по поводу паховой грыжи, осложнений, обусловленных сетчатым эндопротезом, выявлено не было.

В отечественной литературе встречаются единичные сообщения о симультанном выполнении РАПЭ и пластики ПБС [20, 21], в связи с чем мы посчитали, что демонстрация нашего опыта будет интересна как хирургическому, так и урологическому сообществу.

Материал и методы

В Московском клиническом научном центре им. А.С. Логинова ДЗ Москвы с декабря 2013 г. по март 2019 г. с применением роботической системы da Vinci Si выполнено 489 РПЭ по поводу РП локализованной и местнораспространенной формы.

Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 3,2$ года (от 45 до 78 лет). У 35 (7,2%) пациентов были диагностированы паховые грыжи. Средний возраст этих пациентов составил $56,9 \pm 2,17$ года (от 45 до 70 лет). Средний ИМТ — $26,7 \text{ кг/м}^2$. С односторонней паховой грыжей было 26 (74%) пациентов: из них у 10 была левосторонняя, у 16 — правосторонняя грыжа. У 9 (26%) пациентов была двусторонняя паховая грыжа. У 3 пациентов в анамнезе были операции на противоположной стороне. Прямая грыжа была у 29 (83%) пациентов, у 6 (17%) — косая.

Всем пациентам выполнена симультанная РАПЭ и ТАРР совместной бригадой урологов и хирургов.

Техника операции. Положение пациента на спине с раздвинутыми и фиксированными ногами. Выше пупка на 1–2 см по срединной линии с помощью иглы Вереща накладывали карбоксиперитонеум, после чего в этой точке устанавливали 12-миллиметровый троакар для роботической камеры. Затем 8-миллиметровые роботические троакары устанавливали следующим образом: 1 — в подвздошной области справа, на расстоянии около 15 см латеральнее пупка; 2 и 3 — в мезогастрii слева, латеральнее от пупка, на расстоянии 10 см и 20 см соответственно. Ассистентский 12-миллиметровый троакар устанавливали в мезогастрii справа (**рис. 1**).

Такая расстановка троакаров не приводит ни к внутренним, ни к внешним конфликтам между инструментами и «руками» робота.

Выполнение симультанной герниопластики не требует дополнительной установки или перестановки троакаров. Для этапа пластики передней брюшной стенки

возможно использование всех трех «рук» робота, при этом появляется преимущество — возможность дополнительной тракции «свободной» роботической «рукой». Основная работа идет с помощью «рук» №1 и №2.

Операционный стол переводили в позицию Тренделенбурга. Выполняли «докинг» консоли пациента. При симультанных операциях брюшину начинали вскрывать от наружной ости подвздошной кости полулунным разрезом, обеспечивая доступ в пространство Богро (Bogros), затем выполняли мобилизацию грыжевого мешка, продолжали диссекцию в медиальном направлении, достигая тем самым пространства Ретциуса (*spatium Retzii*). После этого приступали непосредственно к мобилизации простаты.

В зависимости от того, какую технику выполняли, нервосберегающую или нет, мобилизовывали простату антеградно, экстра- или интрафасциально. Дорсальный венозный комплекс после выделения подшивали к лонному сочленению (симфизу) для создания стабильности будущего уретровезикального анастомоза. Этот прием, по нашему мнению, приводит к лучшему удержанию мочи. Затем простату острым путем отделяли от мочевого пузыря, шейку мочевого пузыря пересекали. Заднюю поверхность простаты выделяли по направлению к семенным пузырькам. Завершающий этап мобилизации — пересечение уретры. После этого формировали уретровезикальный анастомоз непрерывным швом (V-lock 3/0). Этап РПЭ завершали редренированием мочевого пузыря уретральным катетером Фолея и проверкой анастомоза на герметичность (**рис. 2**).

Следующим этапом выполняли непосредственно преперитонеальную пластику ПБС в области пахового канала с помощью сетчатого эндопротеза. Операцию завершали дренированием области анастомоза однопросветным силиконовым дренажом. После этого нижний край брюшины фиксировали к верхнему непрерывным интракорпоральным швом.

Результаты

Всего нами выполнено 44 симультанные преперитонеальные пластики ПБС у 35 пациентов, которым выполнялась РАПЭ. Средняя длительность операции составила $273,1 \pm 7,2$ мин, что на 25 мин дольше, чем средняя длительность РАПЭ без пластики ПБС. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 195 ± 15 мл. При этом на этапе выделения грыжевого мешка, а также непосредственно пластики ПБС кровопотери не было. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила $8,29 \pm 0,44$ дня, что также соответствует среднему показателю у пациентов после РАПЭ.

Осложнений в раннем послеоперационном периоде нами не выявлено. Все пациенты после симультанных операций проходили контрольные осмотры через 3 и 6 мес, рецидивов и инфекционных осложнений не было.

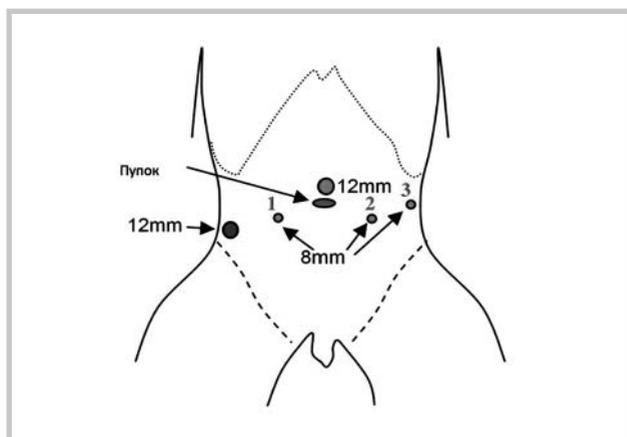


Рис. 1. Расстановка троакаров.
Fig. 1. The placement of trocars.

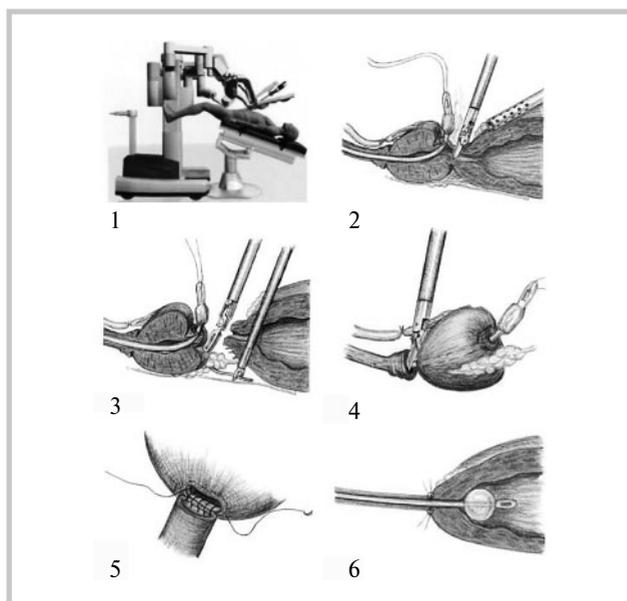


Рис. 2. Этапы выполнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии.
Fig. 2. Stages of performing robot-assisted radical prostatectomy.

Еще одно наблюдение не вошло в описываемую нами серию. На этапе освоения РАПЭ на лечении в нашем центре находился пациент с РП и диагностированной при физическом обследовании правосторонней паховой грыжей, которая пациента ранее не беспокоила. Учитывая небольшие размеры грыжевого выпячивания и бессимптомное течение, мы приняли решение ограничиться выполнением только РАПЭ. Операция прошла штатно. Однако на 2-е сутки после РАПЭ пациент отметил появление острой жгучей боли в правой паховой области. При осмотре и УЗИ органов брюшной полости была диагностирована ущемленная правосторонняя паховая грыжа. В связи с этим была выполнена экстренная операция. Интраоперационно было выяв-

лено, что во внутреннем паховом кольце ущемилась прядь большого сальника. По стандартной методике была выполнена герниопластика по Лихтенштейну. В дальнейшем послеоперационный период у данного пациента протекал без особенностей. Пациент был выписан на 10-е сутки после первичной операции.

Обсуждение

Появление паховой грыжи после РПЭ можно отнести к ожидаемым осложнениям послеоперационного периода. В случае невыполнения симультанной операции РПЭ и пластики передней брюшной стенки по поводу имевшейся паховой грыжи повышается риск ущемления ее в раннем послеоперационном периоде, что может потребовать экстренной операции. Даже если не возникло ущемления в раннем послеоперационном периоде, пациент продолжает испытывать страдания, вызванные паховой грыжей, в течение всей жизни. Чаще всего причиной обращения к хирургу служит увеличение грыжевого выпячивания, усиление симптоматики. Единственным вариантом лечения в этой ситуации является плановое грыжесечение, которое может быть выполнено открытым или лапароскопическим доступом. Длительность отдельной операции ТАРР варьирует от 45 до 111 мин, а продолжительность пластики ПБС при РПЭ составляет не больше 15 мин [21]. Кроме того, в большинстве случаев вариант миниинвазивного оперативного вмешательства по поводу паховой грыжи вторым этапом после РПЭ становится трудновыполнимым, поскольку преперитонеальное пространство, используемое для расположения сетчатого эндопротеза, уже скомпрометировано.

Заключение

Учитывая возрастающий интерес к роботической хирургии, а также накапливаемый опыт, мы посчитали важным провести обзор литературы по проблеме сочетанного выполнения робот-ассистированной простатэктомии и трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики, а также представить свои данные.

Основываясь на полученных нами результатах, которые соответствуют мировым, мы пришли к выводу, что симультанное выполнение трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики и робот-ассистированной простатэктомии оправданно, является безопасным и эффективным методом.

В свою очередь, отказ от одномоментного оперативного лечения паховой грыжи может увеличить риск ущемления грыжевого выпячивания в раннем периоде после робот-ассистированной простатэктомии.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — А.М. Белоусов
 Сбор и обработка материала — А.М. Белоусов, М.А. Газарян, К.А. Павленко, О.С. Васнев, М.Б. Зингеренко
 Статистическая обработка — А.М. Белоусов
 Написание текста — А.М. Белоусов
 Редактирование — О.С. Васнев, А.М. Белоусов

Participation of authors:

Concept and design of the study — A.M. Belousov
 Data collection and processing — A.M. Belousov, M.A. Gazaryan, K.A. Pavlenko, O.S. Vasnev, M.B. Zingerenko
 Statistical processing of the data — A.M. Belousov
 Text writing — A.M. Belousov
 Editing — O.S. Vasnev, A.M. Belousov

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008;336:269-272. <https://doi.org/10.1136/bmj.39450.428275.AD>
- Fukuta F, Hisasue S, Yanase M, Kobayashi K, Shima M. Preoperative computed tomography finding predicts for postoperative inguinal hernia: New perspective for radical prostatectomy-related inguinal hernia. *Urology*. 2006;68:267. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.02.023>
- Nielsen ME, Walsh PC. Systematic detection and repair of subclinical inguinal hernias at radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2005;66:1034. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.05.028>
- Regan TC, Mordkin RM, Constantinople NL, Spence IJ, Dejter SW Jr. Incidence of inguinal hernias following radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 1996;47:536-537. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80491-9](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80491-9)
- Kuhry E, van Veen RN, Langeveld HR, Steyerberg EW, Jeekel J, Bonjer HJ. Open or endoscopic total extra-peritoneal inguinal hernia repair? A systematic review. *Surg Endosc*. 2007;21:161-166. <https://doi.org/10.1007/s00464-006-0167-4>
- Ichioka K, Yoshimura K, Utsunomiya N, Ueda N, Matsui Y, et al. High incidence of inguinal hernia after radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2004;63(2):278-281. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.038>
- Stranne J, Aus G, Bergdahl S, Damber JE, Hugosson J, Khatami A, Loding P. Post-radical prostatectomy inguinal Hernia: A simple surgical intervention can substantially reduce the incidence — results from a prospective randomized trial. *J Urol*. 2010;184:984-989. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.04.067>
- Finley DS, Rodriguez E, Ahlering TE. Combined inguinal hernia repair with prosthetic mesh during transperitoneal robot assisted laparoscopic radical prostatectomy: A 4-year experience. *Urology*. 2007;178:1296-1300. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.05.154>
- Finley DS, Savatta D, Rodriguez E, Kopelan A, Ahlering TE. Transperitoneal robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy and inguinal herniorrhaphy. *J Robotic Surg*. 2008;1:269-272. <https://doi.org/10.1007/s11701-007-0051-9>
- Watson DS, Sharp KW, Vasquez JM, Richards WO. Incidence of inguinal hernias diagnosed during laparoscopy. *South Med J*. 1994;87:23-25. <https://doi.org/10.1097/00007611-199401000-00005>
- Zhu S, Zhang H, Xie L, Chen J, Niu Y. Risk factors and prevention of inguinal hernia after radical prostatectomy: A systematic review and meta-analysis. *J Urol*. 2013;189:884-890. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.08.241>
- Lepor H, Robbins D. Inguinal hernias in men undergoing open radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2007;70:961-964. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2007.08.038>
- Schlegel PN, Walsh PC. The use of the preperitoneal approach for the simultaneous repair of inguinal hernia during surgery on the bladder and prostate. *World J Surg*. 1989;13:555-559. <https://doi.org/10.1007/bf01658870>
- Ghavamian R, Knoll A, Teixeira JA. Simultaneous extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy and intraperitoneal inguinal hernia repair with mesh. *J Soc Laparosc Surg*. 2005;9:231. <https://doi.org/10.18689/mjs-1000103>
- Manoharan M, Vyas S, Araki M, Nieder AM, Soloway MS. Concurrent radical retropubic prostatectomy and Lichtenstein inguinal hernia repair through a single modified Pfannenstiel incision: A 3-year experience. *BJU Int*. 2006;98:341. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2006.06270.x>
- Antunes A, Dall'Oglio M, Crippa A, Srougi M. Inguinal hernia repair with polypropylene mesh during radical retropubic prostatectomy: An easy and practical approach. *BJU Int*. 2005;96:330. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2005.05626.x>
- Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc*. 2005;19:188-199. <https://doi.org/10.1007/s00464-004-9126-0>
- Stolzenburg JU, Rabenalt R, Dietel A, Minh Do, Heidemarie P. Hernia repair during endoscopic (laparoscopic) radical prostatectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2003;13:27. <https://doi.org/10.1089/109264203321235430>
- Хатьков И.Е., Даниелян О.Э. Одномоментные эндовидеохирургические операции в урологической практике. *Эндоскопическая хирургия*. 2011;17(3):33-40.
- Khatkov IE, Danielyan OE. Combined operation in urology. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2011;17(3):33-40. (In Russ.)
- Еникеев М.Э., Сирота Е.С., Абдусаламов А.Ф., Хамраев О.Х. Симуль- танные операции при заболеваниях простаты и паховых грыжах. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2015;10(3):93-94.
- Enikeev ME, Sirota ES, Abdusalamov AF, Khamraev OKh. Simultaneous operations at diseases of the prostate and inguinal hernias. *Meditsinskij vestnik Bashkortostana*. 2015;10(3):93-94. (In Russ.)
- Fukuta F, Hisasue S, Yanase M, Kobayashi K, Shima M. Preoperative computed tomography finding predicts for postoperative inguinal hernia: New perspective for radical prostatectomy-related inguinal hernia. *Urology*. 2006;68:267. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.02.023>

Поступила 22.01.2020

Received 22.01.2020

Принята к печати 18.03.2020

Accepted 18.03.2020